FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1929 N° .....

237

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Jean-Baptiste LÉCA
Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Né le 7 Décembre 1903 à Ota (Corse)

Considérations sur l'extension de la fièvre ondulante en Corse

Président : Monsieur TANON, Professeur

LIBRAIRIE MEDICALE ET SCIENTIFIQUE
MARCEL VIGNE
13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13
PARIS

1929

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1929 N° .....

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Jean-Baptiste LÉCA
Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Né le 7 Décembre 1903 à Ota (Corse)

Considérations sur l'extension de la fièvre ondulante en Corse

Président : Monsieur TANON, Professeur

LIBRAIRIE MEDICALE ET SCIENTIFIQUE
MARCEL VIGNE
13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13
PARIS

1929

LE DOYEN . . . . . M. ROGER

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. N...
Hygiène et clinique de la première enfance	PEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	
ALAJOUANINE	Pathologie médicale.
AUBERTIN	Neurologie et Psychiâtrie.
BASSET	Pathologie médicale.
BAUDOUIN	Pathologie chirurgicale.
BINET	Pathologie médicale.
BLANCHETIÈRE	Physiologie.
BROCQ	Chimie biologique.
BRULÉ	Pathologie chirurgicale.
CADENAT	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie chirurgicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Pathologie médicale.
DOGNON	Hygiène.
DONZELOT	Physique.
DUVOIR	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Médecine légale.
FIESSINGER	Obstétrique.
GARNIER	Pathologie médicale.
GATELLIER	Pathologie expérimentale.
GIROUD	Pathologie chirurgicale.
HARVIER	Histologie.
HEITZ-BOYER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Urologie.
HUTINEL	Anatomie.
JOYEUX	Pathologie médicale.
LABBÉ (Henri)	Parasitologie.
LARDENNOIS	Chimie biologique.
LEMAITRE	Pathologie chirurgicale.
LEROUX	Oto-rhino-laryngologie.
LÉVY-SOLAL	Anatomie pathologique.
LHERMITTE	Obstétrique.
LIAN	Pathologie mentale.
MATHIEU	Pathologie médicale.
MERCIER (Fernand)	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Pharmacologie.
MONDOR	Obstétrique.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Pathologie chirurgicale.
OBERLING	Histologie.
PHILIBERT	Anatomie pathologique.
QUÉNU	Bactériologie.
RICHET Fils	Pathologie chirurgicale.
SÉZARY	Physiologie.
	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
OLIVIER	Anatomie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE
pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

MM.

ALGLAVE	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉRI	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE
DE MON FRERE AUGUSTIN
glorieusement tombé au Champ d'honneur

A LA MEMOIRE DE MON FRERE LEON

A LA MEMOIRE
DE MON ONCLE FRANÇOIS-MARIE

A LA MEMOIRE
DE MA TANTE JEANNE

A LA MEMOIRE DE MES COUSINS
morts pour la Patrie

A MON PERE ET A MA MERE

C'est à vous qui êtes pour moi la vivante incarnation du Devoir et de l'Honneur et dont l'amour est synonyme de dévouement et de sacrifice, que je dédie ce modeste travail ; c'est un témoignage bien faible de mon immense affection.

A MES ONCLES
LE CHANOINE LEON LECA,
DOMINIQUE LECA

A l'un et à l'autre, qui m'avez guidé avec une paternelle sollicitude dans le chemin où se sont réalisées nos espérances, j'offre ici l'hommage de ma vénération et de ma profonde reconnaissance.

Avec autorité vous m'avez prêché la charité; avec émotion je recueille vos enseignements pour le bien des autres et pour mon profit personnel.

A MON FRERE FRANÇOIS

Dimidium animæ meæ

A MES SŒURS

dont le dévouement est la forme habituelle de l'amour.

A MON BEAU-FRERE

A MADAME TRANI

A MA PETITE NIECE CAMILLE

A MES ONCLES ET TANTES

A TOUS MES COUSINS ET COUSINES

A MES AMIS :

Les Docteurs FIESCHI, Pierre MASSARI, CECCALDI ; à Philippe MARINI, Dominique LECA, Martin CECCALDI, Joseph PAOLINI.

A mes maîtres et camarades de l'Institution Saint-Louis

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'hygiène à la Faculté de Médecine de Paris

Professeur à l'Institut de Médecine coloniale

Médecin-chef du service technique d'hygiène
de la Préfecture de Police.

Chevalier de la Légion d'honneur

qui nous a inspiré notre sujet et pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE Dr JEAN OKINCZYC

Agrégé, chirurgien des Hôpitaux

pour l'affectueuse sollicitude qu'il nous a toujours témoignée, hommage de notre vive reconnaissance.

A MONSIEUR LE Dr GUY LAROCHE

médecin des Hôpitaux

Nous l'assurons ici de notre respectueux attachement.

INTRODUCTION

L'an dernier, à même époque, un écrivain signait au bas des colonnes d'un grand quotidien parisien une lettre ouverte à M. le Président Poincaré où l'émotion, soulevée en elle par le spectacle des ravages que la malaria avait développés en Corse, était marquée en traits douloureux et poignants.

Le paludisme mérite, certes, de demeurer au premier plan des préoccupations des praticiens ; cependant la constatation d'une misère ne doit pas avoir pour effet de borner l'action de ceux qui se sont faits les gardiens de la santé publique et il serait pour le moins déplorable qu'ils détournent leur attention d'un autre problème qui se pose aujourd'hui avec la précision d'une menace. Non pas qu'il convienne de grossir l'importance prise par la fièvre ondulante et d'en exagérer les dangers ; il faut le reconnaître, cette affection, à évolution parfois interminable, est rarement mortelle ; mais elle trouve dans le milieu rural corse un terrain éminemment propice à son développement. Le péril n'est pas tant individuel que collectif ; ce sont les exceptionnelles qualités physiques

de notre race qui sont soumises à dure épreuve par l'action combinée de la malaria et de la fièvre méditerranéenne.

Car la réalité de la mélitococcie aujourd'hui crève les yeux ; sa zône d'endémicité, qui il y a un quart de siècle était cantonnée au Cap-Corse où à quelques points nettement limités, s'est étendue, faisant tache d'huile, et on a la certitude qu'à l'heure actuelle des foyers d'infection mélitococcique se sont constitués dans la presque totalité de notre département.

C'est sa marche envahissante que nous avons voulu éclaircir ici ; ce sont les moyens dont elle dispose, c'est la notion de gravité que comporte son extension que nous nous sommes employés à préciser.

A cette fin nous avons fait une enquête auprès de la plupart de nos confrères insulaires, leur demandant de mettre à notre disposition leur expérience ; tous nous ont répondu avec empressement, quelques-uns mêmes nous ont fourni des suggestions pleines d'intérêt : ce sont le Docteur Pitti-Ferraudi, inspecteur d'hygiène, les Docteurs Colombani et Marini.

Nous avons été aidé surtout dans notre tâche par notre maître, le Professeur Tanon, et par le Docteur Paravicini à qui nous sommes redevable de la substance de cette thèse.

Que chacun veuille bien trouver ici la part qui lui revient de notre gratitude.

ETUDE DES CAUSES DE DISSEMINATION DE LA FIEVRE ONDULANTE

« Plus que les Gênois, les chèvres sont les ennemies des Corses ». Cette sentence lapidaire prêtée à Volney aurait pris la signification d'une prophétie si, à la fin du XVIIIe siècle, la fièvre ondulante avait été seulement soupçonnée ; à cette époque d'ailleurs le reproche s'adressait mieux aux bergers qui, tout-puissants et pour des fins utilitaires, chaque année embrasaient l'île entière dès les chaleurs venues; ces misérables habitudes n'ont pas complèment disparu et elles ont sûrement contribué, en faisant avorter l'essor de l'agriculture, à multiplier de plus en plus le nombre des troupeaux caprins et ovins.

Il importe que cette notion de la place prépondérante prise par la chèvre dans la vie économique et sociale de notre département préside au développement de ce modeste travail. Partie intégrante du foyer, puisqu'on ne trouve pour ainsi dire pas une famille qui n'en possède l'unité ou un couple, il est des régions où elle est devenue la base d'une large exploitation, et les fromages ont depuis longtemps constitué, soit au point de vue de la consommation locale qui est considérable, soit par l'exportation, une de nos meilleures ressources.

Dans son rôle de semeur de germes elle a trouvé dans la brebis une alliée de marque. Il existe, non seulement dans ce qu'on pourrait appeler la banlieue ajaccienne, mais éparses sur tous les points du territoire, des fromageries spécialisées dans la fabrication du Roquefort — déjà avant la guerre de 1914 les Sociétés fromagères de Roquefort possédaient plus de quarante établissements et exportaient pour un million et demi de kilogrammes de fromages. Que ces produits dérivent de la chèvre ou de la brebis nous en vendons actuellement au dehors pour plus de vingt-deux millions de francs ; or, cela a été nettement établi, à l'état frais, pendant les deux ou trois mois qui suivent leur préparation, ils sont susceptibles de transmettre la fièvre ondulante.

Dans la recherche et le partage des responsabilités la chèvre et la brebis ne méritent pas d'être seules mises en cause ; il est juste de leur associer l'homme et la nature qui les nourrit.

Nous ne cacherons pas les résistances naturelles que l'infection a rencontrées dans une île où le climat méditerranéen, tendant la main au climat pré-tropical, s'épanouit dans la splendeur du ciel le plus pur qui se puisse imaginer, où l'homme vigoureux et sain semble emprunter au milieu dans lequel il se développe un tempérament fougueux et indomptable.

Mais incontestablement la nature a un peu fait la courte échelle à la maladie. La situation même de la Corse au beau milieu du grand lac méditerranéen, en

pleine zone de diffusion du micrococcus mélitensis, la condamnait, *à priori*, à être précocement envahie. Relais placé sur l'itinéraire de nombreuses lignes qui sillonnent la Méditerranée, voisine de la Sardaigne dont elle est séparée par les douze kilomètres du détroit de Bonifacio, à peine huit fois plus distante par son versant oriental des côtes italiennes, elle est sur le chemin qui relie la Tunisie et l'Algérie à la France méridionale. Qu'aurait-elle donc pu faire contre pareille coalition gagnée plus ou moins précocement à la cause du germe maltais ?

Sa constitution physique et son organisation sociale auraient-elles su du moins former une barrière suffisante ? au contraire. L'ossature de l'Ile n'est qu'une série d'épines montagneuses détachées transversalement au cordon central et qui délimitent de nombreuses vallées que le maquis a presque entièrement peuplées. Ce découpage à l'infini a obligé l'indigène à se fixer partout où son troupeau trouvait sa pâture ; de là est né, semble-t-il, cette dissémination, cet éparpillement incroyable de hameaux, de villages, petits nids de vie bucolique où le berger est roi et y représente sans exagération le dixième de la population ; de là est sortie cette civilisation particulariste que l'indépendance et la vie libre ont développée et dont le fond repose sur des habitudes pastorales déjà séculaires qui se sont, à l'épreuve du temps, pour ainsi dire solidifiées, car, comme les individus, les collectivités se plient aux lois de l'hérédité.

Donc, excellent point de mire, la Corse présentait, en face de la fièvre ondulante, une vulnérabilité et une prédisposition constitutionnelle.

Par surcroît, nous l'avons déjà dit, le cheptel insulaire offrait au micrococcus mélitensis les deux éléments de choix capables d'assurer au mieux sa culture et sa dispersion : la chèvre et la brebis. Nées, la première surtout, pour la montagne, très sobres, elles ont pris partout un développement considérable. Une statistique officielle du Ministère de l'Agriculture datant de l'année 1927 nous apprend que l'espèce caprine compte 175.000 têtes et ce chiffre est bien loin de la vérité n'englobant pas, à notre avis, l'innombrable quantité des chèvres domestiques qui, au point de vue qui nous occupe, ne méritent pas d'être laissées dans l'ombre tant leur rôle discret mais sûr est intéressant à étudier. L'espèce ovine, boucs et béliers compris, compte 220.000 unités. On peut entrevoir quelle serait la gravité de la menace si l'infection s'étendait à la totalité de ces deux espèces et si, armée formidable, réservoir inépuisable, chacun de ces 500.000 sujets véhiculaient le microbe de Bruce dans son sang, dans son lait, dans ses urines.

Le danger se trouverait accru par l'appui que les races porcine et bovine, comptant respectivement 45.000 et 26.000 unités, pourraient éventuellement leur apporter. Ceci n'est pas une simple vue de l'esprit puisqu'à l'heure présente les observations de fièvre ondulante due exclusivement à l'intervention des bovides ne se comptent

plus et que le rôle du porc a été mis également en évidence. Nous n'entrerons pas dans les discussions, cependant toutes imprégnées d'actualité, qui assimilent ou opposent au seul point de vue pathogène — leur identité bactériologique étant absolue — le bacillus abortus Bang et le micrococcus mélitensis Bruce; nous n'opterons ici ni pour les « unicistes » ni pour les « dualistes », ce n'est pas notre but ; avant tout il convient de ne rien exagérer, or le péril bovin est inexistant chez nous.

On devrait par déductions se méfier des autres espèces animales qui entourent l'homme : animaux de basse-cour, espèces asine et mulassière ; on verra plus loin que le sang du chien du troupeau d'Ersa, lors de l'épidémie de 1912 au Cap Corse, agglutinait le mélitensis, mais ce serait encombrer notre chemin de matériaux inutiles ; la chèvre est parmi tous le plus réceptif ; c'est elle qui constitue le réservoir naturel et permanent du virus, c'est surtout elle qui le propage, c'est donc d'elle qu'il faudra avant tout se garder.

Avant d'aborder le problème posé par la dissémination de la maladie et les modalités de sa production, nous étudierons la contamination en elle-même, fait isolé, stade décisif qui permet de pénétrer l'intimité même du processus mélitococcique.

Pour se réaliser, la contamination emprunte les voies digestives, cutanées et muqueuses.

Voie digestive

L'infection est consécutive à l'ingestion de lait cru, des fromages frais du Broccio et même, a-t-on dit, des viandes infectées, des légumes verts souillés par les déjections d'animaux malades.

Le rôle du lait n'est plus à démontrer ; lui seul était en cause dans quelques observations que nous rapportons, mais on ne peut incriminer que le lait cru ou insuffisamment chauffé car le micrococcus de Bruce ne résiste pas à l'ébullition ; il est tué par la chaleur humide à 60° et à 70° par la chaleur sèche.

Les cas urbains méritent de lui être attribués presque exclusivement, on ne peut en dire autant pour la campagne. C'est un fait, le berger corse boit rarement du lait de son troupeau ; cette désapprobation gustative tient, semble-t-il, au maniement quotidien et peut être comparée à celle du vigneron qui ne goûte jamais à ses raisins.

La personne qui, au foyer, a pour mission de traire journellement la chèvre, moins insensible, ne dédaigne pas, clandestinement, d'en ingurgiter quelques gorgées après chaque mulsion ; cependant les personnes qui s'adonnent avec prédilection à l'absorption du lait cru sont nos nombreux « déracinés », plus spécialement les coloniaux revenus parfois malades, hépatiques, et à qui même des confrères ont recommandé des cures lactées. Une personne amie de notre village, ayant atteint un grade important dans l'armée, justifié par une brillante

carrière coloniale, nous en fournit un parfait exemple : rentré à Ota en congé de convalescence, après quatre mois de bonne santé apparente, notre ami présente des accès fébriles quotidiens, le laboratoire révèle la mélitococcie ; or, on apprend qu'il s'était abandonné sans mesure aux délices de produits dont il s'était vu privé pendant de longues années, qu'il absorbait chaque matin, à jeun, des quantités respectables de ce lait de chèvres dont le goût âpre, avec un relent de sauvage, en fait un breuvage incomparable.

Ces pratiques sont d'autant plus en honneur qu'on attribue au lait les qualités curatives les plus variées et nous en connaissons qui en faisait des cures pour obtenir un effet laxatif ; croyance purement populaire puisqu'il est un des aliments les plus constipants qui soient. Le Niolo, centre névralgique du mal puisque de là partent pour toutes les directions des armées broutantes caprines et ovines pour y refluer en juin, le Niolo, ce cœur rugueux de la Corse, patrie des bergers, et surtout des grands bergers, offre depuis quelques années aux étrangers en villégiature, de fraîches stations estivales où l'on fait simultanément des cures d'air et de petit lait.

D'autre part, il est un mets presque national, le « brilluli », bouillie préparée avec de la farine de châtaignes, qu'il serait sacrilège de manger s'il n'était arrosé d'une dose importante de lait cru.

Les fromages de chèvres et de brebis consommés frais sont aussi accusés de transmettre l'infection. Leur

préparation est loin d'offrir toutes les garanties de l'asepsie, en voici la recette d'après Albert Quentin : « Mettez en présure une quantité donnée de lait de chèvre ou de brebis, il est coagulé au bout de trois à quatre heures ; alors brassez-le fortement avec un baton, passez dans un tamis pour séparer le caillé du petit lait ; prenez le caillé et pressez-le fortement dans des moules de jonc tressé, saupoudrez de sel sur les deux faces ; après quatre à cinq jours pendant lesquels il aura été retourné et resalé, sortez du moule » pour le mettre à égoutter sur des planches minces et excavées que l'on appelle « scaffe ». L'opération terminée, le fromage peut être livré à la consommation.

La transmission du mélitensis par ce produit est surtout vraisemblable pour le berger, le journalier et le cultivateur car le fromage est par excellence l'aliment du Corse pauvre : « la pauvreté est extrême... le pain et le fromage constituent l'élément essentiel de la nourriture... » lit-on dans le rapport de la commission parlementaire d'enquête paru au *Journal officiel* du 26 septembre 1908. De cette assertion il faut savoir tirer le vrai du faux, l'après-guerre d'ailleurs a vu une réelle transformation des conditions sociales corses, mais il est certain qu'elle renferme une part de vérité.

Pour mieux atteindre son but, le micrococcus mélitensis se cacherait à l'abri des qualités incomparables d'un fromage blanc local, le Broccio, à renommée considérable et qui dès 1912 a été soupçonné par Leger

et Dominici-Urbani d'être un intermédiaire entre l'infection caprine et la mélitococcie humaine. Voici sa préparation : « Pour le broccio, toujours d'après Quantin, reprenez le petit lait abandonné tout à l'heure et faites cuire dans un chaudron ; quand le doigt ne peut plus supporter la température, ajoutez une dose appropriée de lait frais, salez légèrement et continuez à chauffer en brassant avec une cuiller en bois ; enlevez la couche grasse qui se produit à la surface. Un peu avant l'ébullition, la matière commence à prendre ; l'opération est terminée, on consomme après quelques heures d'égouttage ». Les garanties ici sont plus formelles, le micrococque a certainement été détruit ; mais il peut être déposé à la surface du broccio, au cours d'incessantes manipulations, nos bergers négligeant de faire la toilette de leurs mains, au cours aussi d'arrosages faits avec du lait cru dans l'intention de le raffermir, de lui donner meilleure contenance aux yeux des acheteurs. La vente d'ailleurs a lieu dans les jours qui suivent, et nos souvenirs d'enfance nous permettent de revoir ce couple inénarrable formé par le niolin, invariablement coiffé d'une petite casquette noire métamorphosé en marchand ambulant, et, traînée au bout d'une corde, une mule robuste sur qui pèse une charge odorante de fromages frais et de broccio ; ils vont ainsi de village en village et l'on peut se demander si parfois leur marchandise ne serait pas microbifère ?

Voies cutanée et muqueuse

L'action du contact direct mise en lumière par de nombreuses expériences, dont la plus probante est celle de Sergent, s'explique très bien en Corse par l'absence des précautions hygiéniques les plus déplorables et est certainement à l'origine de la majorité des cas de mélitococcie.

La mulsion pratiquée par le berger pour tout un troupeau, pratiquée aussi soir et matin sur la chèvre familiale, n'est jamais suivie de la toilette des mains ; il suffira d'une éraillure sur un doigt pour offrir la fatale porte d'entrée au mélitensis qui végète, pullule, parfois au niveau de la mamelle de la chèvre infectée.

Il faudra tenir compte :

Du voisinage de la cabane qui abrite le berger avec la bergerie exiguë où sont littéralement entassées les chèvres ou les brebis ; la proximité a lieu parfois pour tout un hameau, c'était le cas du hameau de Granaggiole dans l'épidémie de 1912 ;

De la cohabitation des divers animaux domestiques dans l'étable attenante à la maison de propriétaire.

Le nettoyage des bergeries, la manipulation des fumiers, les soins apportés aux chèvres principalement au moment de la mise à bas, entrent dans le cadre si bien connu de l'étiologie.

Les manipulations des peaux, des viandes infectées sont des éléments de contagion exceptionnels ; nous

tenons à signaler le danger éventuel des bouchers improvisés sur les places publiques de nos villages ; il s'agit là souvent de propriétaires pressés, pour en tirer un dernier profit, de sacrifier leur chèvre qui boîte ou qu'ils voient dépérir de jour en jour.

Ainsi donc les conditions d'hygiène générale jouent le plus grand rôle ; c'est bien pour cette raison que la mélitococcie a été appelée la maladie des classes pauvres ; mais comme pour toute infection il faudra toujours faire la part du terrain, il faudra faire aussi la part de la profession exercée et en Corse on pourrait avec autant de raisons l'appeler la maladie du berger.

Les explications antérieures en rendent compte, le danger pèse avant tout sur les campagnes ; les centres urbains, comme Ajaccio et Bastia, ne sont pas visités par les troupeaux caprins et ovins ; la contamination y est réalisée presque uniquement par l'ingestion de lait non bouilli, de fromages frais, des viandes provenant de chèvres infectées. Le milieu rural au contraire, où l'homme, par ses occupations, entre directement en rapport avec les animaux malades, donne prise à l'infection par les mille défauts de ses habitudes, de ses coutumes, de son organisation ; c'est là que la dissémination se fait le plus facilement, c'est là surtout que l'action du médecin, de l'hygiéniste, du vétérinaire, se heurte à des difficultés, c'est là que la prophylaxie devra, pour être efficace, se rendre souple, devenir persuasive, poursuivre, sans être tracassière, l'infection

sur les divers chemins qu'elle a pris pour atteindre son but.

C'est à l'étude de ce milieu dans les rapports qu'il présente avec la mélitococcie et sa dissémination que nous allons nous attacher ; nous rappellerons d'abord que la contamination, par les moyens que nous avons passés en revue et par d'autres que nous signalerons au passage, peut se faire :

a) De la chèvre à l'homme : c'est celle qui intéresse le médecin et l'hygiéniste.

b) De l'homme à la chèvre. Couramment « petits et grands besoins » se font à l'étable ; un porteur de germe pourra ainsi semer le mélitensis sur les fumiers, sur les litières où se coucheront les chèvres ou les autres animaux domestiques.

La porte d'entrée pour l'animal peut être au niveau de la mamelle où existe une gerçure ; des mains souillées pourront y déposer le germe au cours de la mulsion.

c) La contagion peut être interhumaine :

Dans l'allaitement par une nourrice malade par les rapports sexuels.

Par le contact avec les objets usuels qu'un mélitococcique aura maniés.

Il est certain qu'on inscrit dans ce chapitre les cas, assez rares, où l'origine animale n'a pu être établie.

d) Ou encore elle peut être interanimale. Bien qu'elle soit du domaine exclusif du vétérinaire, elle revêt une importance capitale parcequ'elle est le principal facteur de dissémination.

Cette contamination est réalisée :

Par l'ingestion des urines, Brumpt le premier a signalé que la chèvre est très friande de l'urine de ses congénères en raison de sa teneur en sel et le fait des boucs urinant directement dans la bouche des femelles a été maintes fois observé ;

Par le contact des mamelles sur les litières, sur le sol imbibé d'urines ;

Par le coït ;

Par la voie placentaire ;

Par les chevreaux qui têtent soit qu'ils se contaminent eux-mêmes, soit qu'ils contamient plusieurs chèvres.

La présence du micrococcus mélitensis dans le sang de la chèvre peut ne se manifester par aucun effet; elle donne lieu parfois à de l'amaigrissement, à des mammites, à des boîteries, on a même observé de la kératite et des modifications quantitatives et qualitatives du lait ; mais le signe révélateur qui devra immédiatement éveiller les soupçons du médecin et le conduire sans autres preuves à prévenir son collègue vétérinaire est la constatation de l'avortement épizootique, se produisant massivement. D'après Leger et Do-

minici-Urbani l'ensemble de ces manifestations seraient comprises sous le vocable local de Musinu. « Durant ces dernières années, écrivaient-ils en 1913, la mortalité par le musinu dépassait dans quelques localités 10 pour 100. Il est difficile de savoir à quel degré la maladie est répandue parmi les troupeaux ; si l'on s'en tient à l'avis autorisé de M. Ottavi, vétérinaire départemental, l'optimisme sera la meilleure attitude : « à ma connaissance, dit-il, il n'y a jamais eu de véritables épidémies d'avortement chez les chèvres, surement pas chez les brebis et les vaches — je considère ces dernières espèces, comme particulièrement indemnes alors que l'on peut affirmer que les chèvres sont atteintes ». Mais dans quelles proportions ? Il ne faut pas s'illusionner, le berger corse, naturellement méfiant, hostile à l'indiscrétion et à la contrainte officielles se gardera toujours bien de faire la déclaration des avortements survenus dans son troupeau.

La variété des armes dont dispose le micrococcus en fait donc un ennemi redoutable ; d'ailleurs en dehors du cas isolé, individuel la pollution du milieu humain peut atteindre :

La famille

La commune ou la région.

I. — Dissemination familiale.

Elle est assurée par les chèvres domestiques formant au foyer avec la basse-cour, le porc et notre âne national, une sorte de famille inférieure qui par bien des côtés se rattache à l'autre. Il est des endroits où la chèvre est admise aujourd'hui encore à coucher dans les rez-de chaussée, parfois dans l'unique pièce dont dispose toute une famille.

La mulsion est faite deux fois par jour, soir et matin, habituellement par la maîtresse de maison ; or, étant donné l'importance du contage direct on ne sera pas étonné de la prédilection que la maladie semble marquer chez nous pour le sexe faible. Dans l'épidémie qui en 1912, a sévi au Cap Corse sur les 26 malades 18 étaient des femmes, elles étaient 6 sur les 7 cas rapportés par notre ami le Docteur Marini.

De plus, remarque que nous avons déjà faite, dans cette contiguité de vie domestique, par le contact, par les urines qui contiennent le micrococcus mélitensis en quantité importante, il deviendra facile à la chèvre infectée de contaminer ses voisins les volatils, les bovidés, le porc dont la réceptivité a été démontrée. On entrevoit quelles sérieuses complications viendraient dès lors entraver l'action de la prophylaxie vétérinaire déjà si difficile lorsque la chèvre seule entre en jeu et combien il serait pénible de localiser le point de départ épidémique ; le classique mot d'ordre « où est la chèvre ! » devient ainsi de plus en plus suranné.

II. — DISSEMINATION MASSIVE.

Le rôle essentiel est ici dévolu aux troupeaux infectés qui dépassant le cadre étroit de la cellule touchent l'organe et même tout un système. La preuve en a été donnée pour les départements du midi de la France où les grands troupeaux ambulants sement l'infection sur leur parcours ; la même constatation peut être faite en Corse avec cette différence qu'en plus de gros troupeaux dont les périgrinations saisonnières se font à grande distance, il y a les petits troupeaux locaux, stationnaires qui ne sortent pas des limites territoriales de la commune.

a) *Dissémination communale*

Coutume qui tend à se perdre, le troupeau communal constitue une forme, non dépourvue de charmes ni d'avantages, de la vie sociale dans nos villages. Il permet aux chèvres des petits propriétaires, cultivateurs, artisans que leurs occupations tiennent loin du foyer, de venir se grouper autour d'un noyau appartenant à un chévrier sans fortune qui durant tout le jour, moyennant une modeste gratification, les mène paître sur les terrains incultes de la commune. Nos souvenirs rattachent un peu de poésie à ce troupeau, que précède le « Tintinnaghiu » fier et bien encorné, car rentrant le soir après l'angélus de la voix puissante d'un cor le berger annonçait à tous son arrivée et les chèvres une à une re-

gagnaient le foyer rustique. C'est là une coutume pratiquée un peu partout en Corse et le Docteur Paravicini nous rappelle qu'étant allé en juillet visiter un malade à Lento, canton de Canipitello, « il fut réveillé vers les trois heures du matin par un son de trompette; c'était le pâtre communal qui sonnait le rassemblement des chèvres avant le départ pour la montagne. Chaque propriétaire ouvrait aussitôt son étable et les chèvres se réunissaient toutes seules sur la place de l'Eglise ; la rentrée ne se faisait que le soir au crépuscule. Pour un pareil travail, le pâtre touchait de chaque famille un pain par semaine, autant que l'honorable ecclésiastique de la commune. Comme il y a à Lento environ 100 familles cela lui permettait de ne point acheter de pain et même de vendre l'excédent ». Ces détails savoureux montrent à quel point sont implantées chez nous les mœurs pastorales.

Il faut tenir compte aussi des cas où les bergers pendant les mois d'été joignent à leur troupeau des chèvres domestiques qu'ils ne rendent à leur propriétaire qu'en octobre alors qu'elles sont en gestation.

Il n'est pas douteux que ces groupements disparates, du point de vue qui nous occupe, ne sont pas sans présenter d'inconvénients ; il suffira d'un animal malade pour que l'infection puisse gagner d'autres éléments et même se généraliser au troupeau ; dès lors chaque chèvre, réservoir ambulant, véhiculera le mélitensis jusqu'à la personne qui boira son lait cru, qui sera occupée à

la traire, qui aidera à sa mise à bas, qui aura à manier ses déjections.

b) *Dissémination régionale*

Le danger pourrait emprunter une forme plus massive encore par le moyen des troupeaux transhumants qui constituent sans aucun doute les principaux propagateurs de l'infection. Chaque année avant l'été chèvres et brebis quittent les régions basses, où elles étaient venues chercher, avec une température supportable, une nourriture substancielle, pour remonter vers les sommets centraux du Niolo couverts de neige en hiver. Les plateaux de Nino, du Renoso semé de « pozzine », du Coscione semblent le rendez-vous estival de notre cheptel. Deux fois par an, flux et reflux que les saisons leur imposent, les troupeaux suivent les mêmes itinéraires, ils traversent les mêmes villages, une fois l'an les mêmes régions sont envahies ; à deux reprises ils ont donc le pouvoir de semer le germe de l'infection.

Dans ce va-et-vient il se produit des stationnements qui souvent ont lieu dans les villages. Une large hospitalité est offerte aux bergers qui se désobligent par des cadeaux en nature.

Timéo... pastores dona ferentes.

Chevreaux, lait que l'on est heureux de boire après la mulsion alors qu'il garde encore la tiédeur de la mamelle féconde.

Les régions basses placées en bordure de la mer, forment dans un ensemble schématique une couronne (voir planche) autour du plateau central sur lequel émergent gigantesques les sommets du Cinto, du Rotondo, du Renoso et de l'Incudine ; dès le mois d'octobre les troupeaux dévallent des hauteurs pour s'y fixer et ne les abandonne pas avant la fin du mois de mai. Ils y passent les mois les plus dangereux, c'est-à-dire les plus propices à l'élimination du micrococcus mélitensis, donc à l'infection ; en effet dès l'automne caprins et ovins entret en gestation, la mise à bas a lieu dans le premier mois de l'année et est suivie de la période de lactation maximum. Ces notions essentielles expliquent, et c'est l'avis de notre distingué confrère le Docteur Pitti-Ferrandi, la prédominance de la maladie sur la zône cotière et par la suite font comprendre la facile et commune confusion entre la mélitococcie et les fièvres paludéennes ; les poussées printannières si fréquentes tout le long des deux littorals n'ont pas d'autre explication.

En résumé l'étude du milieu rural, des conditions sociales, des habitudes locales où les précautions hygiéniques font souvent défaut, les fréquentes périgrinations des troupeaux nous permettent de saisir sur le vif la marche de la mélitococcie et nous expliquent son extension, en moins de trente ans à la presque totalité du territoire.

EXTENSION NUMERIQUE ET GEOGRAPHIQUE DE LA MALADIE

« La mélitococcie est une maladie d'avenir ».

CH. NICOLLE.

Il y a à peine un quart de siècle la fièvre ondulante a été pour ainsi dire, en Corse, la maladie surprise ; inconnue ou méconnue par la presques totalité des praticiens, elle semblait se localiser à la partie la plus septentrionale de l'île et restait l'apanage de quelques privilégiés au courant des travaux édifiés par la commission anglaise à Malte.

On l'a confondue au début, avec toutes les pyrexies affectant une allure intermittente ou celles qui, en peu de temps, éprouvaient les forces organiques de l'individu. Le diagnostic errait dans l'incertitude, souvent on changeait les étiquettes en cours d'évolution ; il arrivait que l'on pensa successivement à la fièvre typhoïde, à la malaria, à une tuberculose trainante, cachectisante ; dans les formes à localisations on posait les diagnostics

de rhumatisme, de sciatique, d'orchite sans pouvoir jamais en déterminer la cause.

Pourtant si l'on se donne la peine de remuer les souvenirs de quelques vieux praticiens, dans l'intention de les confronter avec nos connaissances actuelles, la comparaison permet de remonter assez loin pour fixer une date dans l'apparition de la mélitococcie et on en retire la certitude que de tous les départements métropolitains la Corse a été, indubitablement, le premier envahi. Il faut savoir se contenter de versions orales car nos bons médecins ruraux, qu'attirent le plus souvent les luttes passionnées du Forum et les dévouements qu'elles comportent, ont rarement eu l'ambition de se transformer en chroniqueurs ; ils se sont peu empressés de relater certaines affections fébriles, pourtant anormales par leur longue durée, évoluant par poussées et sous forme d'accès rebelles à la quinine. Or, bien avant 1910, date de la première publication sur la fièvre ondulante en Corse, ils avaient su, sur ces pyrexies interminables et épuisantes, fixer la signature de la mélitococcie. Du Bourguet attaché comme médecin-chef à l'hôpital militaire d'Ajaccio entre les années 1907-1910, rapporte que « la tradition à Ajaccio veut que telle femme de haut fonctionnaire départemental et telle institutrice de la famille d'un fonctionnaire des finances qui présentèrent des fièvres d'une longue durée et quittèrent l'île avant leur guérison aient été atteintes de cette maladie ».

Le caractère nuageux de cette légende se précise pour

l'histoire des débuts de la mélitococcie au Cap Corse. Léger, délégué de l'Institut Pasteur, et Dominici-Urbani, ont recueilli les relations orales des docteurs Simonpiétri et Franceschi qui, au cours de leur pratique au Cap-corse, avaient été frappés par l'allure spéciale de fièvres « décourageantes par leur ténacité ». Les cas observés furent assez nombreux pour simuler une véritable épidémie et le Docteur Simonpiétri ne put lui-même échapper au mal qu'il traîna pendant cinq mois sans qu'il en put thérapeutiquement modifier l'évolution. Cette première manifestation épidémique s'est passée en 1892 quelques années à peine après la découverte du germe pathogène par Bruce.

Nous pensons que les réserves qui devraient naître de l'absence du témoignage sérologique puissent s'effacer devant la vraisemblance clinique de cette importante communication.

D'autre part, une revue berlinoise a publié en 1897 l'observation d'un médecin autrichien qui séjourna en Corse pendant plusieurs mois de l'année 1896 ; il avait contracté à Ajaccio, avant son départ, une affection fébrile, d'allure anormale qui dura 6 mois. Rentré à Vienne notre malheureux confrère eut recours aux lumières de diverses sommités médicales qui toutes s'égarèrent sur de fausses pistes jusqu'au jour où il s'adressa à Kretz de Berlin ; en eut l'idée de faire un séro-diagnostic et on obtint ainsi la signature de la maladie.

S'il est prudent de laisser à la citation du Docteur

Du Bourguet le caractère de légende qu'il lui a attribué, nous pouvons retenir les dates de 1892 et 1896 ; l'une marquée par l'épidémie qui frappe simultanément les hameaux de Centuri et de Pino, non affirmée par le laboratoire mais dont l'identité clinique paraît certaine, l'autre où la séro-réaction a apporté la preuve sur un cas survenu à la suite d'un séjour prolongé à Ajaccio.

Ce rapprochement est très suggestif ; quatre années seulement s'intercalent entre ces deux faits alors qu'il y a loin de la petite marine de Centuri, située à l'extrême pointe du Cap Corse, au beau golfe d'Ajaccio, nombril placé sur la panse de la Corse.

Dans le traité de Brouardel de 1906 on lit que « la fièvre de Malte existe en Sardaigne » ; n'a-t-elle pu traverser le détroit qui sépare cette île de la Corse ? le premier cas de mélitococcie authentifié à Bonifacio a été celui d'un médecin auxiliaire présentant des accès fébriles intermittents où le Wright a été positif ; il est vrai qu'il remonte à 1910, mais n'y en a-t-il pas eu d'autres antérieurement ?

Logiquement on ne peut admettre le principe d'un seul point de contact ; les voies d'accès du microbe ont été, sans aucun doute, les nombreux ports des côtes orientales et occidentales.

A la suite des travaux de Zammit, qu'un pur hasard, cette providence des savants, amena à la découverte du rôle de la chèvre dans la transmission de la fièvre méditerranéenne, de nombreux chercheurs, Conor, Sergent,

Nicolle, Cantaloube... se sont appliqués à élucider la question de la diffusion de la maladie autour de son foyer originel ; chaque jour davantage on découvrit un synchronisme entre l'existence de l'infection caprine et l'apparition de la mélitococcie humaine, même la conviction est devenue générale que son rayonnement avait suivi passivement la dispersion géographique des chèvres maltaises.

Des médecins bastiais et du Cap-Corse, où la maladie sévissait avec une particulière intensité, s'attachèrent bien avant 1910 à établir une relation de cause à effet entre l'éclosion de la fièvre ondulante et l'importation, dans cette région, de chèvres provenant de pays contaminés. Voici ce que nous écrit le Docteur Paravicini :

« En 1901, M. Nicolaï, ex-commandant aux transatlantiques, me disait avoir introduit au Cap-Corse plusieurs chèvres maltaises blanches, à long poil, pendant qu'il effectuait de 1882 à 1885 des voyages entre Marseille et l'Algérie. Ces chèvres étaient embarquées à Marseille sur des voiliers qui désservaient directement Centuri, sans toucher Bastia. Ces chèvres, qui vivaient à l'étable, arrivaient, grâce à une abondante nourriture à fournir jusqu'à quatre litres de lait par jour. Mais les conditions d'adaptation furent défavorables, l'acclimatation ne donna pas les résultats espérés ». Nous touchons là le point névralgique du sujet.

Léger et Dominici-Urbani ont porté contre l'homme la même accusation ; c'est lui qui a introduit l'ennemi

dans la place soit qu'il voulut posséder des chèvres laitières à rendement supérieur à celui du petit animal local, soit pour provoquer des croisements et obtenir, une amélioration de la race autochtone. Les propriétaires cap-corsins ont persisté dans leur expérience et pendant plusieurs années ils ont importé des chèvres d'Algérie, de Tunisie et d'Italie. Léger et Dominici-Urbani nous donnent la statistique établie par le service des Douanes ; elle précise le nombre des chèvres introduites dans le Nord de l'île entre 1898 et 1911 ; la courbe de l'importation est d'ailleurs intéressante à suivre :

En	1898	sont importées	5	chèvres
En	1899	sont importées	28	chèvres
En	1900	sont importées	48	chèvres
En	1901	est importée	1	chèvre
En	1902	sont importées	51	chèvres

Nous atteignons ici le point maximum qui marque l'élargissement de l'expérience, mais dans les années qui suivent l'abaissement est tel qu'il apparaît comme la signature d'un échec complet.

En	1904	est importée	1	chèvre
En	1906	sont importées	3	chèvres
En	1911	est importée	1	chèvre

Cette courte tentative avait certainement suffi et permis au micrococcus mélitensis de prendre ses positions,

de les consolider dans la plus riche et la plus pittoresque des régions. Le Cap Corse sera désormais son fief, il en en fera pour ainsi dire son quartier général d'où il partira en vagues d'assaut à la conquête de l'île.

Il est regrettable que ces chiffres soient les seuls que nous possédions et qu'ils se rapportent au seul Cap Corse ; il y aurait un intérêt scientifique évident à en établir d'analogues pour la région ajaccienne et la partie inférieure du département ; la certitude qu'il y a eu de nombreux points faibles ayant permis au mélitensis d'aborder à nos rivages rendrait mieux compte de la diffusion presque générale et relativement rapide de la maladie.

La période d'activité de la fièvre ondulante semble commencer avec le siècle ; cette activité va s'élever en un crescendo pour ainsi dire mathématique jusqu'à l'année 1914. La guerre du droit, qui a jeté les uns contre les autres des millions d'hommes, a imposé aux médecins insulaires un armistice avec la maladie ; ce repos lui a été certainement pofitable. Après 1918, des cas sporadiques sont signalés un peu partout dans la moitié supérieure de l'île.

La cause majeure de ce développement il faut la trouver, nous l'avons déjà dit, dans le fait que le microbe de Bruce, installé sur des positions « stratégiques », a été essaimé à l'intérieur par les chèvres maltaises que l'on avait adoptées un peu partout — dans mon village

un berger en possédait deux — et par les troupeaux autochtones gagnés par l'infection. Mais il faut se dire aussi que les découvertes du laboratoire, leur vulgarisation bien insuffisante hélas, l'emploi encore restreint du séro-diagnostic de Wright, voire même la simple connaissance de l'existence de la mélitococcie, les fréquents échecs de la thérapeutique spécifique sur des cas étiquetés paludéens, ont contribué à donner à la fièvre ondulante sa véritable place, c'est-à-dire une place d'honneur dans la pathologie insulaire. Aujourd'hui il y a plus de mélitococciques et partout parce qu'on les connaît mieux, parce qu'on les dépiste mieux.

Le Cap-Corse a été le théâtre des premières opérations et dans cette région c'est à Centuri que les docteurs Simonpiétri et Franceschi observèrent en 1892 les premiers cas de mélitococcie, ce qui ne peut nous étonner après l'importante communication du Docteur Paravicini : dans le canton de Rogliano, Centuri groupe cinq petits hameaux et forme, sur la côte occidentale, une anse que fréquentaient jadis des voiliers partis de Marseille ou d'Italie ; aujourd'hui la plage est déserte. En quelques années les communes voisines sont contaminées.

En 1904, à Ersa, dans une famille qui possédait deux chèvres, cinq personnes sont atteintes ; une des chèvres avait présenté de l'amaigrissement, de la mammite, avait avorté et finalment était morte d'épuisement.

A la même époque le Professeur Vincent soigne au Val-de-Grâce un corse qui avait contracté des fièvres

à type pseudo-palustre au cours d'un congé passé à son village natal; en vue d'améliorer une santé chancelante il avait décidé d'y faire une cure de lait cru et en buvait par jour jusqu'à cinq litres ; ce détail fit penser à la mélitococcie que révéla le laboratoire.

Ersa est à nouveau visité par le mal en 1909, on y observe 6 cas ; en même temps à Centuri, trois membres de la même famille deviennent mélitococciques.

Dans la même année le Docteur du Bourguet a eu l'occasion, à l'hôpital militaire d'Ajaccio ou en ville, de soigner cinq cas de fièvre ondulante dont le diagnostic a été confirmé par la séro-réaction; l'absorption du lait était seule en cause. Trois des malades ont contracté la maladie à Ajaccio; des deux autres, le premier, officier d'administration coloniale en congé, s'était infesté à Ota, canton de Piana, le second, une femme d'officier, avait fait un long séjour à Lopigna du canton de Sari-d'Orcino et présenta même un accouchement prématuré.

5 ou 6 cas, toujours en 1909, auraient été observés dans la plaine d'Arena par le Docteur Franceschi. En 1910, un médecin auxiliaire en garnison à Bonifacio présenta des accès fébriles après un court séjour de deux mois. Son sang avait agglutiné le mélitensis.

En 1911, le Docteur Thiers en signale un cas à Furiani, non loin de Bastia.

En 1912, éclate dans le canton de Rogliano l'épidémie la plus importante qui se soit produite en Corse ;

elle intéresse les communes de Rogliano, Centuri, Ersa et Tomino ; 26 personnes sont infectées. Le contage par la voie cutanée, traite des chèvres, manipulations des fumiers, soins apportés au cours des avortements, semblent avoir joué le principal rôle; le fait que les femmes, spécialement préposées à la mulsion aient été atteintes dans la proportion de 70 pour 100 en est une preuve évidente. L'action favorisante des gros groupements, principalement les troupeaux communaux, a été pour beaucoup dans cette éruption massive de l'infection sur l'homme mais aussi et surtout sur les animaux. Leger et Dominici-Urbani, qui en ont fait la relation après s'être rendus sur les lieux, ont porté leurs recherches en particulier sur le troupeau d'Ersa; les avortements y avaient été nombreux, jusqu'à 50 %, ils notèrent des mammites, des boiteries et même une Kérato-conjonctivite. Le berger du troupeau était devenu mélitococcique, le bouc et le chien, tous deux maigres et mal en train, présentèrent une séro-réaction positive.

Séquinaud et Leger, médecins majors, ont publié les observations de 5 malades qu'ils ont soigné à l'hôpital militaire de Bastia ; pour chaque cas ils ont pratiqué le séro-diagnostic de Wright qui a été invariablement positif. Quatre des malades provenaient de la ville même, le cinquième était arrivé de Sartène depuis un jour seulement.

Toujours à Bastia, dans le quartier du nouveau port, le Docteur Zuccarelli observe, la même année, cinq fiè-

vres ondulantes survenues sur des membres de la même famille. Le lait non bouilli était en cause.

En 1913, un berger de Morsiglai vient consulter chez le Docteur Paravicini pour une bronchite aigue avec bronchorrée et pour des accès fébriles à type vespéral ; il se plaint de sueurs profuses et présente de la splénomégalie. Le sang agglutine le mélitensis ; la maladie dure six mois. D'autres cas se produisent nombreux à Ersa, Luri, Piétra-Corbara ; toujours le Cap-Corse ! En mai 1913 Bartet et Dufressine se sont occupés d'un gardien de prison qui présentait de la fièvre depuis décembre 1912, des transpirations nocturnes et souffrait de troubles d'estomac et de douleurs rhumatoïdes ; on préleva du sang qui agglutinait le mélitensis. Tous les matins, ce brave homme buvait du lait qu'il achetait à une des nombreuses laitières qui viennent le vendre à Ajaccio. La bergère habitait la vallée de Saint-Antoine, aux environs immédiats de la ville, et aurait perdu en octobre-novembre un certain nombre de ses chèvres. Le gardien de prison est mort en août 1913 avec de l'œdème et un gros foie.

Des cas sporadiques sont signalés un peu partout sans dates précises, entre 1909 et 1914 :

Deux à Cognocoli, canton de Petreto-Bicchisano, par le docteur Passano ; d'autres à Folélli, Casamozza, Carticaggi par le Docteur Zuccarelli, à Saint-Pierre-de-Vénaco par le Docteur Carlotti.

Le Docteur Colombani qui s'est occupé de la ques-

tion avec beaucoup de conscience et de compétence a soigné des mélitococciques dans presque toutes les communes de la Balagne : à Belgodère, Occhiatana, Ville-de-Paraso, Palasca, Costa, Speloncato, Nessa, Feliceto, Olmi-Capella, Poggiola.

La mélitococcie gagne pied à pied du terrain, menace chaque jour d'envahir une région indemne. La conflagration mondiale éclate et amène un répit ; l'absence de nombreux confrères et le départ pour la zône armée de tous les insulaires valides sont suivis d'un ralentissement de l'activité médicale, de l'activité économique du pays et d'un régime de trop large liberté pour les troupeaux ; si bien que s'il y a eu abaissement de la morbidité humaine, l'endémicité parmi les troupeaux a du s'élargir et s'intensifier.

Dans l'après-guerre, le retour à la vie normale a été marqué par une nouvelle offensive de la maladie.

Le Docteur Colombani est appelé entre 1918 et 1924 auprès de nombreux mélitococciques toujours dans le canton de Belgodère, de Muro et d'Olmi-Capella. Il affirme avoir soigné, au cours de son heureuse et longue pratique, plus de 60 malteux.

Nous avons entre les mains l'observation d'un viticulteur de Centuri, qui, en avril 1921, présente un état fébrile élevé et une telle dépression qu'on le traite pendant des mois pour une infection à bacilles d'Eberth ; en juin la séro-réaction révèle la véritable cause de cet état. On observe successivement une pleurésie droite et

une orchite du même côté. On lui fait en juillet du sérum anti-mélitococcique de Rangue et Senez ; l'effet est douteux, en tout cas précaire ; l'orchite a bien disparu mais en septembre on voit réapparaître la température et le malade se plaint d'une sacro-coxalgie. Finalement tout rentre dans l'ordre en mai 1922.

Au cours des grandes vacances des années 1922 et 1923, notre ami le Docteur Marini a l'occasion dans le canton de Calenzana, Balagne, de suivre 7 malades dont il a consigné les observations dans sa thèse de 1924. Pour chaque cas le lait non bouilli est rendu responsable et 6 des malades, dont une bergère, appartenaient au sexe faible.

Le séro-diagnostic a été chaque fois positif ; l'évolution relativement courte, de deux à quatre mois, semble avoir été influencée par les traitements institués : autohémothérapie, vaccin iodé de Ranque et Senez, changements d'air, médication reconstituante.

Le Docteur Paravicini nous a communiqué les observations de trois malades de Sisco et de Piétra-Corbara, canton de Brando, qui sont venus le consulter en 1924 et dont le sang agglutinait le mélitensis. Il s'agit de deux femmes et d'un directeur d'école :

Ce dernier opéré à deux reprises pour ostéite tuberculeuse d'un tibia à conservé pendant 6 mois une fièvre « qu'une injection à base de Manganèse » pratiquée à Livourne par le professeur Mancini a fait radicalement avorter.

Des deux femmes :

L'une âgée de 58 ans présentant en plus d'une pyrexie persistante, trachéo-bronchite et pleurite, une tumeur chondro-sternale qui a spontanément disparu au bout de 3 mois.

L'autre, une jeune fille de 18 ans, est atteinte d'une mélitococcie simulant une tuberculose aigue, anémie intense, pleurite aux deux bases ; le traitement institué, diémenal et prosthenase galbum, en vient à bout. Le père de cette malade alité avant elle pour sciatique a eu un séro-diagnostic positif pour le mélitensis.

En 1926, un cas est signalé à Corté ; dans cette ville où il exerce depuis longtemps le Docteur Desanti a soigné de nombreux mélitococciques ; il n'a pu nous préciser ni le nombre ni les dates.

En 1928 un autre cas est déclaré à Corté. Nous tenons à dire que ceux des dernières mentions sont les seules que nous ayons relevées, pour toute la Corse, sur les statistiques du Ministère de l'Hygiène. Elles nous fournissent la preuve de la faillite sinon de l'inutilité d'une mesure préconisée pourtant par des voix autorisées qui en attendaient des résultats merveilleux. Deux seules déclarations pour cinq années, alors que la réalité est autrement attristante bien qu'il soit difficile de donner des chiffres ! Lisbonne a donné la raison majeure du discrédit tombé sur la déclaration obligatoire ; à quoi aboutirait-elle sinon à mobiliser « l'appareil de désinfection officielle qui vient opérer dans l'appartement du ma-

lade ? la contamination vient de l'écurie et de l'étable et c'est la chambre du patient qu'on désinfecte pour éviter, sans doute, une cause d'improbable contagion humaine ». Cependant en dehors même de son intérêt statistique, qui n'est pas négligeable, la simple connaissance de la mélitococcie humaine serait utile au vétérinaire et la déclaration pourrait être le point de départ d'une enquête pour remonter jusqu'à la source de contamination.

Pourrait-on empêcher que cette mesure soit lettre morte et en proposant une prime à la déclaration, ne resterait-elle pas encore un moyen illusoire ? la prophylaxie, heureusement, possède des armes autremnt efficaces.

Dans le courant du mois d'août dernier nous avons été appelé auprès d'une femme de berger, âgée d'une cinquantaine d'années et habitant le village de Partinello, canton d'Evisa. Depuis 4 mois environ elle traînait une fièvre qui avait résisté à la quinine. Elle nous est présentée comme typhique et nous la trouvons très abattue, amaigrie, anémique. L'examen révèle des frottements aux bases, de la splénomégalie et une phlébite du membre inférieur droit.

L'interrogatoire de l'entourage nous apprend que son mari et deux de ses fils ont présenté pendant une période allant de 2 à 4 mois des poussées thermiques affectant la même allure persistante et résistante aux antipyrétiques habituels ; deux cas analogues avaient évolué vers

la guérison dans une cabane toute proche. La profession des personnes en cause, qui pourtant affirmaient boire rarement du lait cru, l'allure clinique et épidémique de la maladie orientèrent mon diagnostic vers la mélitococcie ; mais privé de matériel et bientôt même privé du témoin clinique, brusquement décédé; il nous fut impossible d'obtenir la preuve du laboratoire. Elle nous fut donnée par l'un des fils qui, parti à Nice, y fit une rechute ; la séro-réaction de Wright pratiquée fut positive.

Notre ami, le Docteur Rossi, a pu obtenir le test du laboratoire pour 5 malades qu'il visita à Ucciani pendant l'été dernier ; l'épreuve de Wright fut également affirmative pour un malade de Bocognano.

Deux cas récents nous ont été signalés à Ota, notre village natal :

Le premier a débuté en décembre dernier ; il s'agit d'une vieille demoiselle vivant toute seule et entretenant avec sa chèvre des relations très amicales.

L'autre est celui de M. C... qui depuis le début de l'année présente une pyrexie rebelle à toute médication et pour qui tout récemment on prévoyait une issue fatale tant son épuisement et son amaigrissement étaient profonds. La réaction d'agglutination du sérum du malade a été positive pour le mélitensis.

Ce sont là, à peu près, tous les cas de mélitococcie

que nous ayons pu recueillir ; ils n'atteignent pas, réunis, le chiffre de 200. Cette statistique porte sur 25 années, et est loin de donner un compte exact de l'état de l'endémie en Corse ; pour être près de la vérité il faudrait au moins tripler ce chiffre, mais aussi incomplète soit-elle elle fournit des données qui ne sont pas sans valeur car l'extension géographique de la maladie intéresse l'hygiéniste autant que ses progrès numériques.

Pas une région n'a pour ainsi dire échappé à la mélitococcie ; elle semble marquer cependant une prédilection pour la zone côtière; le Cap Corse, la côte orientale, différents points du versant occidental voient éclore chaque année des cas dispersés, mais aussi de véritables petites épidémies familiales ; le Docteur Pitti-Ferrandi, notre distingué inspecteur de l'hygiène est de cet avis ; depuis 1908, date de la prise de possession de ses fonctions il a été appelé à observer des foyers notamment à Bastia, dans les villages de l'extrémité du Cap-Corse, dans les cantons du Nebbio, à Ile-Rousse, dans la région de Piana, à Ajaccio. C'est là un point important que nous avons déjà mis en lumière et qui trouve son explication dans le stationnement des troupeaux dans les parties basses pendant la période dangereuse de la mise à bas et de la lactation.

On pourrait tenter d'établir l'index endémique pour chaque région, ce serait pour arriver à la certitude que celles qui sont le plus touchées par le mal sont aussi celles qui ont offert l'hospitalité aux grandes chèvres maltai-

ses et qui reçoivent les fréquentes visites des troupeaux transhumants.

L'arrondissement de Bastia est celui qui paie le plus lourd tribu à la maladie ; le Cap-Corse qui alimente en lait Bastia et toute sa banlieue apparaît comme le point sombre du tableau, le réservoir où l'infection puise à pleines mains. Il n'est pas d'année qui ne voie éclore, dans les bergeries, dans les hameaux, dans les communes des 5 cantons qui le constituent, la « fièvre folle » qui paralyse une partie de cette population si intelligente et si laborieuse. Les chèvres y sont très nombreuses surtout après l'afflux des gros groupements qui viennent de la région cortenaise pour y passer l'hiver. « Tous les troupeaux de chèvres du Cap, région que je connais bien, nous dit le Docteur Paravicini, sont contaminées et cela depuis au moin 40 ans ». De façon moins intense la maladie a essaimé sur les autres cantons de cet arrondissement ; on l'a constatée à Saint-Florent, à Bastia ville, dans le Nebbio, à Campitello, à Borgo, à Nescovato, à Porta, à Lama, etc...

La prospère, l'oléfiante Balagne, orgueilleuse d'être appelée le jardin de la Corse, n'a offert aucune résistance à l'envahissement de la mélitococcie. On n'y trouve pas un canton, pas une commune qui soit restée indemne. Le Docteur Colombani, de Ville de Paraso, fait remonter l'introduction de la maladie à un peu avant 1910 ; c'est à peu près à cette époque que les fils d'un gros propriétaire et gros commerçant d'Ile-Rousse, Char-

les L..., furent atteints ; d'ailleurs, dès le début, la fièvre ondulante s'est étendue partout comme une traînée de poudre. « Les cas typiques furent nombreux ; au même moment j'avais à soigner 1 à 3 malteux dans chaque commune, nous dit notre confrère ». A Calvi, Calenzana, Muro, Ile-Rousse, Belgodère, Olmi-Capello, l'infection a été signalée. Dans toute la région l'industrie fromagère a pris cette grosse importance et les troupeaux du Niolo l'envahissent en grande partie dès que les chaleurs diminuent. Le filosorma, steppe inculte et désolée annexée au canton de Calenzona est occupé de plein droit, le droit divin des bergers, par les troupeaux bêlants qui dévalent du Cinto, de la Cuccula, du Rotondo soit en suivant le fil du Fango, soit en traversant, par de là les forêts de Valdoniello et d'Aïtone, les villages d'Evisa, de Partinella, de Curzo et l'abordent alors du côté de la mer après avoir dépassé Osani.

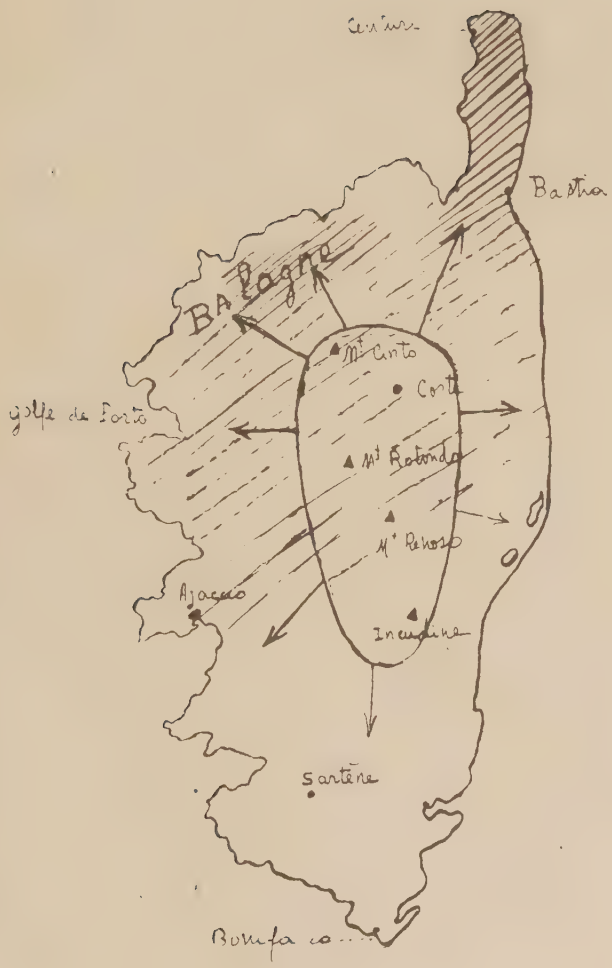
L'arrondissement de Corté forme le cœur de la Corse ; il comprend les hauts sommets et la croupe des plateaux herbeux où notre cheptel passe les mois d'été. L'infection a touché principalement les cantons du Nord et de la côte orientale ; Castifao, Calacuccia, Morosaglia, San Lorenzo, Corté, Vezzani, Piedicorte. Elle se présente à l'état nettement sporodigue dans les cantons plus méridionaux.

La région ajaccienne ne semble compromise que dans sa partie côtière. On a signalé la mélitococcie dans les cantons d'Evisa, de Piana, de Sari d'Orcino, d'Ajaccio

et sa banlieue où se sont développées de très nombreuses et prospères fromageries, Bocogneno Bastelica. On dirait qu'à mesure que l'on s'éloigne d'une ligue imaginaire qui nous séparerait des deux tiers supérieurs de l'Ile, les cas de fièvre ondulante deviennent de plus en plus rares dans l'espace, de plus en plus espacés dans le temps.

Cette impression se précise pour tout le Sartenais. Le Docteur de Peretti installé à Lèvie depuis plus de 30 ans n'a soigné aucun malade atteint de fièvre de Malte. Un autre vieux praticien, estimé de tous, le Docteur Passano, du canton de Pétreto-Bicchisano, n'a dans sa longue carrière que le souvenir de deux malteux. Il nous dit que rien d'anormal n'a attiré son attention du côté des troupeaux et ajoute convaincu « il n'y a donc pas chez nous de fièvre de Malte ». On en a bien signalé quelques cas à Bonifacio, à Sartene, à Cognocoli mais peu nombreux que l'on est fondé à dire que cet arrondisement est en grande partie indemne. Les caprins et les ovins de cette région, si particulariste par son esprit, si nettement séparée par son patois, par ses habitudes sociales du reste de la Corse, n'ont probablement pas l'occasion de se rencontrer, de se mêler, avec ceux du Nord pour la plupart contaminés ; sans aucun doute les chèvres sartenaises sont donc en grande partie indemnes.

Il ressortirait aussi de notre enquête que la maladie serait nettement en recul depuis quelques années dans la


Bastia
Ba Pagne
Mt Cinto
Corte
golfe de Porto
Mt Rotondo
Mt Renoso
Ajaccio
Incudine
Sartène
Bonifacio

région Bastiaise, dans la Balagne. Ce fléchissement trouverait son explication dans l'application des mesures d'hygiènes les plus simples ; mais que l'on ne se laisse pas prendre aux apparences et que l'on ne s'endorme pas dans une fausse sécurité. Le microbe de Bruce sommeille dans ses gîtes normaux, l'endémie est incontestable et entretenue par les caprins et les ovins ; à la moindre défaillance de l'hygiène ou en présence d'un terrain propice le micrococcus mélitensis prouvera sa vitalité sinon sa virulence.

Intensifier les mesures de prophylaxie humaine, attaquer le mal à sa racine, déloger le microbe de Bruce, de son réservoir naturel et permanent, tels sont les buts vers lesquels doivent converger les efforts du médecin, de l'hygiéniste, du vétérinaire. C'est à l'analyse des moyens de cette lutte organisée, méthodique, qu'on voudrait efficace que nous allons employer les dernières pages de ce travail.

PROPHYLAXIE

En matière de police sanitaire, il est souvent moins efficace de vaincre que de convaincre.

BARRIER.

Comment entreprendre résolument la lutte contre la dissémination de la maladie? Il faut d'abord faire un diagnostic précis de la mélitococcie sur l'homme et dépister quels sont les chèvres ou les troupeaux qui peuvent la propager.

a) Pour l'homme, la clinique ne suffit pas; l'intervention du laboratoire s'impose. On s'adressera à :

l'hémoculture, bon moyen mais infidèle;

la séro-réaction réalisée à un taux acceptable;

l'intradermo-réaction de Burnet à la portée de tous les praticiens et qui en plus jouirait de propriétés curatives.

b) Pour l'animal, le Wright reprend tous ses droits. « L'hémoculture, dit Burnet, ne convient pas au service en campagne de l'hygiéniste et l'intradermo-réaction si commode et si sûre chez l'homme ne vaut pas pour la chèvre ». En dehors des méthodes biologiques dont l'intervention est rendue parfois difficile, il faudra se baser

sur les avortements répétés, sur les mammites, sur les boiteries, etc...

Les sources de l'infection sont connues, les semeurs de germes découverts, quels moyens employer pour limiter, réduire, étouffer l'essor de la maladie?

L'opportunisme peut devenir une doctrine médicale. Les circonstances créent parfois la méthode, souvent elles la font plier à leurs exigences; de toute évidence une prophylaxie bien conduite ne doit pas avoir pour effet de bouleverser des habitudes ancestrales, elle se heurterait à l'inertie et à la malveillance des principaux intéressés. Notre Maître, le Professeur Tanon, dit bien que l'hygiène doit s'adapter à la vie sociale des pays, des races, des milieux. En Corse, faute d'appliquer ce principe, les mesures les plus salutaires iraient se briser contre les lois sociales et économiques du pays.

En premier lieu, il convient de rejeter l'abatage des chèvres et des brebis malades même avec indemnisation. Ce moyen préconisé comme radical a soulevé contre lui l'opinion des médecins renseignés et ne rencontrerait parmi les propriétaires que de l'hostilité; vexatoire, il est inopérant puisque d'autres espèces animales peuvent servir d'agent de transmission et de plus ce serait une charge trop onéreuse pour l'Etat. Comment songer d'ailleurs à supprimer les chèvres et les brebis — car il faudrait faire des coupes sombres parmi nos troupeaux — d'un département où elles constituent une des sources de revenu les plus fructueuses? Certes, on a le droit de

penser que le fléchissement de l'agriculture a présenté un rapport direct avec le développement des espèces caprines et ovines et préconiser, en conséquence, la suppression ou la restriction de cette industrie pour redonner son ancienne valeur à la première; mais raisonnablement, malgré tout l'intérêt de la question, on ne peut par un simple trait de plume, sous l'effet d'une baguette magique, transformer de fond en comble et sans heurts les conditions économiques et sociales d'un pays. Ce problème sort d'ailleurs des limites étroites de notre enquête.

La séquestration n'est pas plus admissible que l'abatage; on sait que l'étendue de l'infection parmi les troupeaux de toute la moitié supérieure de l'Ile est considérable — tout au plus pourrait-on user de ces deux moyens sur les chèvres isolées — mais pendant combien de temps faudra-t-il maintenir cette claustration et sera-t-on assuré qu'après une année ou deux d'isolement l'élimination du germe a été complète?

Par ailleurs le tout puissant berger corse consentira difficilement à l'inspection et à la désinfection des étables qui apparaît comme un problème presque insoluble lorsqu'on pensera à visiter les bergeries nichées à des hauteurs nuageuses et accessibles seulement par des sentiers vertigineux.

Nous doutons fort aussi que le berger accepte d'effectuer la déclaration du nombre des avortements, des boiteries, des mammites, levier de toute action prophylactique utile, car là où les avortements se répètent en

masse, la menace d'infection est constante. On pourrait demander aux municipalités d'intervenir sur une question qui touche de si près à la vie des administrés; il ne faut pas y songer, la crainte du grand électeur, le berger, rend leur bonne volonté stérile et peut-on exiger pareille chose de conseils municipaux où les bergers entrent dans la proportion d'un tiers.

L'intervention du vétérinaire sera donc le plus souvent paralysée par la force résistante des habitudes locales; seule la prophylaxie humaine peut jouer, pour le moment, un rôle important; elle visera à protéger l'individu et la collectivité.

Par des avis officiels, par le moyen des crieurs publics, on informera les milieux ruraux des dangers qu'offrent la consommation du lait non bouilli provenant de chèvres et de brebis infectées, l'ingestion des fromages frais préparés avec du lait contaminé. On conseillera aux personnes que leur profession met en contact étroit avec les chèvres, soit pour les soins à donner, surtout au moment de la mise à bas, soit pour la mulsion, pour la manipulation des fromages frais, des fumiers, des litières infectées, de se savonner soigneusement les mains après chaque opération.

On pratiquera l'isolement du mélitococcique, la désinfection des urines, du linge, de la literie.

L'interdiction de la vente des animaux infectés et du lait qu'ils produisent devra être strictement observée. Les municipalités pourraient défendre la vente des vian-

des de chèvres et de brebis sur les places publiques de nos localités par des bouchers improvisés dans les conditions suspectes que nous avons énoncées dans notre premier chapitre.

L'interdiction des stationnements des troupeaux ambulants, dans la traversée des villages, sur les places publiques est une mesure de première nécessité; elle devrait avoir pour corollaire l'acheminement des troupeaux en dehors des groupements d'habitation et la désinfection sérieuse des emplacements occupés.

En milieu épidémique, dans les localités où l'endémie est constante et se manifeste par des réveils annuels et printanniers, parmi les bergers en contact perpétuel avec leur troupeau, la vaccination préventive se pose comme une mesure obligatoire. Sa réalisation a été assurée par la découverte de Nicolle et Conseil. La technique consiste en trois injections hypodermiques, de 800 à 1.000 millions chacune d'un mélange de mélitensis, de paramélitensis et de Bacillus abortus, faites à une semaine d'intervalle. L'efficacité de ce vaccin a été établie par une tentative d'immunisation que Burnet a rapportée au Congrès d'Hygiène de 1925 faite sur 400 israélites vivant à Tunis dans un quartier surpeuplé et se nourrissant exclusivement de fromages et de lait de chèvres; dans ce quartier qui fournissait un pourcentage de morbidité annuelle très élevé, on n'observa aucune atteinte chez les sujets vaccinés pourtant par

une seule injection, alors que les témoins donnèrent la proportion habituelle.

Si la piqûre rencontrait de l'hostilité, recourir à l'entéro-vaccin; une nouvelle forme du vaccin de Nicolle, la Drépalite Pouleuc, permettrait d'ailleurs de ne pratiquer qu'une seule injection.

On étudie aussi actuellement le vaccin iodé curatif de Ranque et Senez; l'expérience ne l'a pas encore consacré.

La durée de l'immunité semble être assez courte; le plus sage serait de répéter la vaccination chaque année au début de décembre ou de janvier, avant que survienne la poussée printanière.

Reste le problème capital de l'immunisation active des troupeaux, pivot de toute action massive, clef de voûte pour la solution de la question. « Si l'on songe, dit le Professeur Vincent, que la chèvre est l'agent habituel de la transmission du micrococcus mélitensis, la prophylaxie doit en conséquence se ramener à la protection de cet animal contre l'agent pathogène de la maladie ». La fièvre ondulante évolue généralement chez la chèvre de façon silencieuse; il semble donc qu'il suffirait de renforcer une résistance qui est innée. Par trois injections sous-cutanées d'un vaccin stérilisé à l'éther, faites à dix jours d'intervalle, le Professeur Vincent serait arrivé à immuniser plus de 200 chèvres ou chevreaux. Malheureusement, les mêmes essais par d'autres expérimentateurs ont abouti à des échecs. Réussira-

t-on mieux avec un vaccin anti-Bang que préconise Césari, avec les vaccins mixtes selon le vœu de Ranque et Senez? La question, dont l'importance n'échappe à personne, reste en suspens; il convient en tout cas de se souvenir de la phrase de Nicolle pour qui « la chèvre paraît à la fois à peu près indifférente à l'infection et réfractaire à l'immunisation ».

Donc si, à l'heure actuelle, on veut dresser en Corse, où la région sartenaise apparaît à peu près indemne, un barrage en face de la mélitococcie et tenter d'en réduire les effets et les proportions, il faudra se contenter de mesures d'hygiène générale et savoir au besoin imposer, sur l'homme, la vaccination préventive. Il nous semble nécessaire également d'attirer, de multiplier les compétences, les spécialistes, d'établir entre eux des relations constantes en choisissant le médecin des campagnes comme pivot; il est certain qu'une collaboration intelligente entre le médecin des milieux ruraux d'un côté, de l'hygiéniste, du bactériologue, du vétérinaire de l'autre serait profitable aux praticiens pour leur crédit, aux malades pour leur santé. L'installation de laboratoires aux carrefours des régions contaminées, la vulgarisation des méthodes biologiques, la facilité des transports permettant des enquêtes et des réponses immédiates seront autant de moyens à mettre en œuvre; déjà à l'heure actuelle, les recherches du laboratoire se font communément à Ajaccio, Bastia, Corté.

Demain, lorsque la vaccination préventive des trou-

peaux sera une réalité et que le gouvernement de la République, soucieux des intérêts de notre département, aura entrepris le grand'œuvre humanitaire de dessèchements des marais qui est à la base de la lutte contre le paludisme, la Corse, « île d'amour », sera suivant la belle expression du Docteur Zuccarelli et selon le vœu de tous ses enfants, l'Ile de santé.

CONCLUSIONS

1. La situation de la Corse est exceptionnellement favorable à l'invasion du micrococcus mélitensis;

extension considérable des industries caprine et ovine;

incendies périodiques qui assurent aux bergers une royauté de fait sinon de droit sur les vastes maquis des terrains communaux;

implantation des mœurs pastorales qui font obstacle aux progrès de l'hygiène.

Ce sont là les conditions naturelles qui ont préparé les voies à l'introduction et à l'extension de l'infection mélitococcique.

2. Les conditions favorables sont fournies par les chèvres familiales, par les troupeaux communaux et par les troupeaux transhumants.

3. Notre animal « lactigène » passe les saisons chaudes sur nos fraîches hauteurs; il envahit les régions basses dès l'automne et y reproduit; d'où la prédomi-

nance des éclosions épidémiques sur presque toute la partie côtière.

4. Il semble bien que la mélitococcie soit incapable de sévir massivement; elle se présente, généralement, à l'état sporadique ou sous forme de véritables épidémies familiales.

5. A l'heure actuelle, il s'est constitué en Corse des nids infectieux où périodiquement le mélitensis révèle sa présence; ces gites à microbes, que l'on pourrait dénombrer, sont confinés au tiers supérieur de l'Ile; plus particulièrement nombreux au Cap Corse, on en trouve dans le Nebbio, la Castaquiccia, la Balaque et quelques villages placés dans l'orbe du golfe de Porto.

6. L'effort prophylactique devra dès lors être principalement dirigé contre ces centres de conservation infectieuse où le virus est toujours à l'affût des circonstances favorables.

Ebullition du lait, précautions hygiéniques pour les personnes immédiatement en contact avec les chèvres, surveillance sanitaire constante avec suppression du droit de circulation pour les troupeaux reconnus malades, vaccination préventive rendue obligatoire pour l'homme vivant en milieu contaminé, tels sont les principaux moyens de lutte qu'on pourra mettre en œuvre pour limiter les effets du mélitocoque.

Mais qu'on ne se fasse pas d'illusion, tant qu'il n'existera pas une méthode pour obtenir un diagnostic

précis sur l'animal, tant que son immunisation active sera seulement l'espérance d'une réalité, la mélitococcie restera en Corse « une maladie d'avenir ».

Vu : le Président — *Vu : le Doyen*

L. TANON. — ROGER.

Vu et permis d'imprimer

le recteur de l'Académie de Paris

CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

1908. Danloz, Wurtz et Tanon. — *Soc. Médic. des Hôp.* (Déc. 1908) : Deux cas de fièvre de Malte aux environs de Paris.

1910. Du Bourguet. — *Bull. de la Soc. de Path. exotique :* La fièvre de Malte en Corse.

H. Roger. — *Gaz. des Hôp.*, 1910, p. 114. — *Bull. Médic.*, p. 83.

Simond, Thibault et Brun. — *VIe Congrès de l'all.* d'hyg. soc. de Marseille. — *Propagation et prophylaxie de la fièvre de Malte.*

1911. Calmette. — La clinique. — Prophylaxie.

Humbert. — Thèse de Paris : *Du rôle de l'administration en matière de prophylaxie des maladies épidémiques.*

1912. Leger et Dominici-Urbami. — *Bull. de la Soc. de Path. exotique,* foyer de Mélitococcie en Corse.

Zuccarelli. — *Bull. de la Soc. de Path .exotique :* note communiquée à la séance du 9 octobre.

1913. Desauti. — Thèse de Montpellier : *Contribution à l'étude de la Fièvre de Malte.*

Leger et Dominici-Urbani. — *Bull. de la Soc. de Path. exotique* (10 décembre) : *Extension de la Mélitococcie en Corse.*

Ségninaud et Leger. — *Bull. de la Soc. de Méd. Milit. Franç. :* Cinq cas de fièvre de Malte à Bastia.

Raybaud. — *Gaz. Médic. Paris* : Prophylaxie de la Fièvre de Malte.

1914. Edm. Sergent. — *Paris-Médical* : Prophylaxie de la Fièvre de Malte.

1918. Poissonnier. — Thèse de Montpellier : *Etiologie et prophylaxie de la Fièvre de Malte.*

H. Vincent. — C. R. Acad. Sciences : *Prophylaxie par immunisation active des animaux vecteurs.*

1920. Nicolle et Conseil. — *Presse Médicale* (17 nov.) : *Vaccination préventive dans la fièvre ondulante.*

1921. Robin. — *Revue vétérinaire* : Avortement épizootique.

Zuccarelli. — *Bull. Acad. de Méd.* (p. 423) : La fièvre de Malte en Corse.

1922. P. Cazeneuve. — *Monde Médic.* (15 mars) : La vaccination por voie digestive doit-elle être abandonnée?

Tanon. — *La Médecine* (Décembre).

H. Vincent. — *Bull. Ac. de Médec.* (p. 672) : Prophylaxie.

1923. Cesari. — *Bull. Soc. Centrale de Méd. Vétér.* (N° 16, 30 août) : Prophylaxie vétérinaire de la Fièvre de Malte.

Ranque et Senez. — *Marseille-Médic.* (15 juillet) : Deux cents cas de Fièvre ondulante en Provence.

H. Roger. — *L'Hôpital* (1er sept.) : Diagnostic clinique et traitement.

H. Roziès. — *Côte d'Azur Médic.* (Novembre) : Les causes d'échec dans le traitement de la Fièvre de Malte.

Tanon. — *Médecine* (Décembre).

1924. Aublant, Dubois et Lisbonne. — *XIe Congrès d'Hyg. de Paris* : Prophylaxie de la Fièvre ondulante.

Crépin. — *Progrès Médical* : La chèvre est-elle redevable de la Fièvre ondulante.

Dubois. — Thèse de Montpellier : *Essai de prophylaxie.*

Martel et Césari. — *Bull. Acad. Méd.* (p. 671) : Sur la transmission de la Fièvre ondulante par les troupeaux ambulants.

Marini. — Thèse de Montpellier : *Etude étiologique, clinique, thérapeutique de la Fièvre de Malte en Corse.*

1925. Aublant, Dubois, Lafenètre et Lisbonne. — *Revue d'hyg.* (Décembre, n° 12, t. XLVII, p. 1090) : La Fièvre ondulante en France.

BURNET. — *Rev. d'Hyg.* (Décembre, n° 12, t. XLVII, p. 1112) : La Fièvre méditerranéenne spécialement au point de vue exotique.

CASSAN. — C. R. XIIe Congrès d'Hyg. *Rev. d'Hyg.* (Déc., p. 1144) : La Fièvre méditerranéenne dans l'Aude.

DARGEIN ET BELLILE. — C. R. XIIe Congrès d'Hyg. (Déc., p. 1140) : Considération sur la Fièvre de Malte dans la région toulonnaise.

FODIMAN. — Thèse de Montpellier : *Epidémiologie de la Fièvre ondulante en France.*

GÉRARD. . . *Marseille-Médical* : Communication.

LISBONNE. — *Bull. Médic.* (p. 195).

RANQUE ET SENEZ. — *Marseille-Médical* (25 octobre) : La mélitococcie en Provence au cours de ces dernières années.

TANON. — *Bull. Médic.* (4 et 7 nov.) : La mélitococcie peut être considérée comme une fièvre intermittente.

VERDEAU. — *Concours Médical* (6 sept.) : Epidémiologie de la Fièvre de Malte.

VINCENT. — C. R. XIIe Congrès d'Hyg. *Rev. d'Hyg.* (t. XLVII, p. 1090) : La Fièvre ondulante en France.

1926. CAZENEUVE. — *Journal des Praticiens* (27 mars) : Vaccination par voie buccale et sous-cutanée.

CAYREL. — *Paris-Médical* (6 févr.) : Faut-il démembrer la Fièvre de Malte.

PHILIP. — Thèse de Montpellier : *Auto-sérothérapie périodique de la Fièvre de Malte.*

ROGER. — *Presse Médic.* (24 juillet) : Fièvre de Malte.

ROZIÈS. — *Progrès Médical* (18 sept.) : Rôle des troupeaux transhumants dans la fièvre ondulante dans le Haut-Var.

1927. BURNET. — *Paris-Médical* (4 juin) : La fièvre ondulante et le Mélitensis.

DETRÉ, MARIE, GIROUX. — *Soc. Médic. des Hôpitaux* (16 déc.) : Un cas autochtone-intérêt de l'épreuve à la Mélitine.

LISBONNE. — *Bull. Médic.* (25 juin) : La fièvre ondulante en France. Notes d'épidémiologie.

LEMIERRE, MARCHAL ET JAUBERT. — *Soc. Médic. des Hôpitaux* (23 déc.) : Valeur diagnostic et thérapeutique de l'intra-dermo réaction de Burnet.

PELLOUX. — Thèse de Paris : *La Mélitoccocie dans le Var.*

VEDEL, PUECH ET LAPEYRE. — *Bull. de la Soc. de Sciences Médic. et Biolog. de Montpellier et du* Languedoc (Fasc. VII, p. 137).

RANQUE ET SENEZ. — *Sud Médic. et chir.* (15 janv.) : Voies d'introduction des vaccins.

1928. BOINET. — *Marseille-Médical* (25 mars) : Fièvre ondulante.

EDGARD LEROY. — *Mouvement Sanitaire* (31 mai p. 265) : Fièvre ondulante et Hygiène rural. — *Echo médical des Cévennes* (N° 2, février) : Fièvre de Malte et maladie de Bang.

LEDOUX, ARDIER ET LECLERC. — *Soc. Médic des Hôpitaux* (24 fév.) : Fièvre ondulante d'origine bovine.

ROZIÈS. — *Progrès Médical* (29 sept.) : Vaccination préventive de l'homme contre la fièvre ondulante.

TURPIN. — *Progrès Médical* (15 sept.) : Trois cas de Mélitococcie à Paris.

1929. H. CAMBASSÉDÈS ET G. GARNIER. — *Paris-Médical* (23 mars, p. 271) : La vaccinathérapie de la fièvre de Malte: indications techniques et résultats.

Imprimerie Vulliez
L. Vulliez et R. Chiot
Joigny (Yonne)